



Universidad
de Alcalá

LOS PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS: ORÍGENES, EVOLUCIÓN Y ACTUALIDAD.

Máster Universitario en Acceso a la Profesión de Abogado

Presentado por:

D^a BEATRIZ FERRADÁS CASTRO

Dirigido por:

Dra. D^a CARMEN FIGUEROA

Alcalá de Henares, febrero de 2020.

RESUMEN

Las personas que cumplen condena pueden sufrir un añadido a este castigo como es padecer un trastorno mental, por lo que tendrán que ser supervisadas y recibir ayuda por parte de un personal especializado para poder cumplir su deuda con la sociedad, pero también para mejorar en su proceso de reinserción social.

Ante la urgente necesidad de hacer algo, se han llevado a cabo informes, grupos de trabajo y programas para mejorar la situación de estas personas y visibilizar sus necesidades como la de estar en centros penitenciarios adaptados a ellas.

ABSTRACT

People who serve a sentence can suffer an addition to this punishment such as suffering from a mental disorder, so they will have to be supervised and receive help from a specialized staff to be able to fulfill their debt to society, but also to improve their social reintegration process.

Ahead of the urgent need to do something, reports, work groups and programs have been carried out to improve the situation of these people and make their needs visible, such as being in correctional facilities adapted to them.

PALABRAS CLAVE

Psiquiátrico penitenciario, enfermedad mental, enajenado, recluso.

KEY WORDS

Penitentiary psychiatric, mental illness, alienated, prisoner.

ÍNDICE

1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LOS CENTROS PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS
2. ACTUALIDAD
 - 2.1. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
 - 2.2. GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD MENTAL EN PRISIÓN
 - 2.3. PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES
 - 2.4. PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL
 - 2.5. INFORME PRECA
3. CONCLUSIONES

1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LOS CENTROS PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS

Para poder entrar en el foco de este trabajo, debemos comenzar precisando el concepto de salud mental, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*¹. Asimismo, la Declaración Europea de Salud Mental, entre sus prioridades cita la de *“concienciar de la importancia del bienestar mental”* ya que *“(…) no hay salud sin salud mental. La salud mental es fundamental para el capital humano, social y económico de las naciones”*².

A partir de estas definiciones, una persona a la que no se le puedan atribuir tales características probablemente padezca una enfermedad o un trastorno mental, por lo que, en el ámbito legal y concretamente en el penitenciario, será necesario un tratamiento distinto y una ayuda que se ajuste a sus necesidades distintas al de aquellas personas que gocen de salud mental.

La enajenación como causa eximente de la responsabilidad ya aparece recogida en los Códigos Penales de 1822 (art. 26), 1848 (art. 8.1) y 1870 (art. 8.1). Veamos algunos ejemplos:

El artículo 26 del Código Penal del año 1822: *“Tampoco se puede tener por delincuente ni culpable al que comete la acción hallándose dormido, en estado de demencia o delirio, privado del uso de su razón de cualquiera otra manera independiente de su voluntad”*.

El artículo 8.1 del Código Penal del año 1848: *“Están exentos de responsabilidad criminal: 1º El loco ó demente, á no ser que haya obrado en un intervalo de razón. Cuando el loco ó demente hubiere ejecutado un hecho que la ley califica de delito grave, el Tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados á los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo*

¹ Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

² Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental (Helsinki, 12-15 Enero 2005) donde se elabora la “Declaración Europea de Salud Mental”.

Tribunal. En otro caso será entregado á su familia bajo fianza de custodia; y no prestándola, se observará lo dispuesto en el párrafo anterior”.

El artículo 8.1 del Código Penal del año 1870: *“No delinquen, y por consiguiente están exentos de responsabilidad criminal: 1º El imbécil y el loco, a no ser que este haya obrado en un intervalo de razón. Cuando el imbécil ó el loco hubiere ejecutado un hecho que la ley calificare de delito grave, el tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados á los enfermos de aquella clase del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal. Si la ley calificare de delito menos grave el hecho ejecutado por el imbécil o el loco, el tribunal, según las circunstancias de hecho, practicará lo dispuesto en el párrafo anterior, ó entregará al imbécil ó loco á su familia, si esta diese suficiente fianza de custodia”.*

Observamos que tanto el CP del 1848 como el del 1870 se refieren a la reclusión del enajenado en manicomio o bien a la entrega a su familia, por lo que es interesante destacar que el Real Decreto del año 1897 procede a regular el lugar de cumplimiento de las sanciones para los enfermos mentales que hubieran delinquido, dividiéndolos en tres³:

- a. Los manicomios, en los cuales internarían tanto los que por ser enajenados estaban exentos de responsabilidad penal, como los que enloquecieran mientras cumplían condena en la cárcel.
- b. Las familias, que se harían cargo una vez que el Tribunal Sentenciador acordaba la exención de responsabilidad criminal de una persona que hubiera cometido delitos menos graves.
- c. La Penitenciaría-Hospital, en la cual ingresaban los condenados cuya pena se hubiera suspendido por enajenación, los que cumplían condena de presidio correccional o cadena perpetua cuando padecieran un estado de perturbación mental o epilepsia.

El Código Penal de 1848 es el primero que contempla la exención de responsabilidad criminal por locura enunciando en su art. 8.1 *“Está exento de*

³ BARRIOS FLORES, L.F. *Un siglo de psiquiatría penitenciaria*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2000, nº1, p. 25.

responsabilidad criminal: (1) El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo de razón.”

No será esta la única novedad de finales del siglo XIX, sino que también aparece la figura del perito psiquiatra en el proceso penal, siendo necesaria cuando hay dudas sobre el estado de salud mental del sujeto enjuiciado. Por otra parte, y ante el reclamo de una institución específica para los enfermos mentales, se crean a finales de siglo los primeros psiquiátricos penitenciarios, a partir de la promulgación del Real Decreto 1.9.1897⁴, a pesar de que en Inglaterra ya existía un específico establecimiento para locos delincuentes desde 1816, y en Francia, desde 1838, por Ley los alienados no podían estar reclusos en prisión⁵.

Rafael Salillas, destacado penalista de siglo XIX por sus estudios sobre criminología y por su intento de renovación del sistema penitenciario español, criticó el desinterés administrativo ante el problema de que no hubiera establecimientos propios para tratar a los denominados locos. Es por este motivo por el que defendía la creación de manicomios judiciales tal y como se estaba haciendo en otros países de Europa, que también servirían para avanzar en el estudio de la psiquiatría. La idea de Salillas no era sustituir las prisiones por manicomios, sino que “(...) *los manicomios de seguridad y de salud, que en nuestro país se llamarán probablemente judiciales, son instituciones intermedias entre la verdadera cárcel y el verdadero manicomio*”⁶.

En el año 1886 se nombró en España una Comisión de psiquiatras y juristas que formularon el proyecto de Manicomios judiciales, ante la necesidad de separar a los enfermos a la hora de cumplir condena como se recogió en la Exposición de Motivos:

“Constituyen estos seres un tipo extraordinariamente peligroso por las tendencias agresivas á que les impulsa su padecimiento; y sea cual fuere la responsabilidad moral en ellos reconocida por la ley y los Tribunales, los derechos y los intereses de la Sociedad imponen la obligación de guardarlas reclusos en lugar

⁴ Real Decreto 1.9.1897, Gaceta, 5 de septiembre.

⁵ BARRIOS FLORES, L.F., *Un siglo de psiquiatría...* op cit. p. 24.

⁶ SALILLAS, R., *La Antropología en el Derecho penal*, Dialnet, 1888, vol. 36, nº 73, p. 617.

conveniente, mientras no desaparezcan las manifestaciones de su perturbación mental, y puedan volver al seno de sus familias, si hubieren sido declarados irresponsables, ó ingresar en la Penitenciaría, si tuvieren que cumplir alguna condena.”

El proyecto que acabamos de mencionar es presentado al Senado el 19 de enero de 1889 por D. Manuel Alonso Martínez pero no se llegó a aprobar porque la legislatura llegó a su fin. Ello provocó que entrara en vigor el Real Decreto de 1897 por el cual se disponía el ingreso de los locos delincuentes en los manicomios ordinarios, de ahí que Salillas propusiera volver al antiguo proyecto del Manicomio judicial⁷.

Destacamos pues, el precedente más lejano en España de manicomio judicial es el manicomio de Santa Isabel de Leganés. Su Reglamento Orgánico, aprobado por Real Decreto 12 de mayo de 1885⁸, lo define como un establecimiento general de beneficencia dependiente del Ministerio de Gobernación y de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, destinado al cuidado y tratamiento médico-moral de los enajenados. En el artículo 90 se regula la división del manicomio, siendo la principal entre hombres y mujeres y subdividiéndose éstos en departamentos dedicados a observación, a enfermos sujetos a Tribunales de justicia, a pobres, a pensionistas, alienados pacíficos, a turbulentos, a furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes⁹.

Será a partir del año 1887 cuando se vayan trasladando reclusos enajenados a este centro, pero las múltiples protestas por estos traslados provocaron que fueran expulsados, volviendo a quedar sin un centro especializado en los locos criminales. Sin embargo, en 1900 se construye un pabellón de penados en este manicomio, que destacó por sus instalaciones, al ser más adecuadas a la situación de los reclusos que necesitaban ser aislados del resto.

⁷ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M.D., *El pensamiento penitenciario criminológico de Rafael Salillas*. Monografías de la Universidad de Santiago de Compostela, 1976, Imprenta de Aldecoa, p. 102.

⁸ Real Decreto 12.5.1885, Gaceta, 15 de mayo.

⁹ BARRIOS FLORES, L.F., *Un siglo de psiquiatría...* op cit. p. 36.

En el año 1888 se procede a realizar una estadística de la situación de los locos criminales, dando como resultado 220 varones y 18 mujeres, que se encontraban repartidos entre: los hospitales de Elda (Alicante), Agudos (Córdoba), Gerona, Santa Cruz (Barcelona), y Málaga, así como en los manicomios de San Baudilio de Llobregat, Castellón, Cádiz, Conxo de Santiago de Compostela, Granada, Santa Isabel, Instituto frenopático de Las Corts (Barcelona), Murcia, Toledo, Valladolid y Zaragoza¹⁰.

Ante esta situación expuesta y el elevado número de personas consideradas criminales que carecían de plena salud mental, se creó en el año 1891 la denominada Penitenciaría Hospital en el Puerto de Santa María (Cádiz), considerado el primer psiquiátrico penitenciario de nuestro país. Será en el año 1896 cuando lleguen los primeros reclusos, Sin embargo, las condiciones en las que se encuentran estas personas era pésima y caracterizada por espacios lúgubres donde predominaba la insalubridad: los presidiarios dormían en el suelo en el más absoluto aislamiento vestidos con una camisa de fuerza¹¹.

Los últimos años del penal se caracterizan por su duro régimen, sus continuas sanciones, el trato discriminatorio junto con la persecución constante en la que vivían sus reclusos. Así las cosas, en el año 1981 cierra sus puertas.

La necesidad de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico era patente, ya no sólo por las consideraciones doctrinales arriba expuestas, sino también por motivo de convivencia de enfermos y sanos, como se ponen de manifiesto por el R.D. de 1897 en cuya Exposición de Motivos explica¹²:

“Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que no obstante haber sido declarados por los Tribunales sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental,

¹⁰ BARRIOS FLORES. L. F., *Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007, vol. XXVII, n.º 100, p. 474.

¹¹ MARTÍNEZ CORDERO, M., *El Penal de El Puerto de Santa María 1886-1981*. 2003, Edita: El Puerto de Santa María, pp. 126-128.

¹² BARRIOS FLORES, L.F., *Un siglo de psiquiatría...* op cit. p. 36.

permanecen impropiamente reclusos con agravación de sus males y hasta con trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran.”

Con el Real Decreto 26 de enero de 1912¹³ se creó un Manicomio Judicial que constaría de dos secciones: una de observación y otra de tratamiento y asistencia. Sin embargo, el Real Decreto 7.6.1913¹⁴ estableció que este centro sería únicamente para varones, destinando a las mujeres enfermas a un Pabellón en la Prisión Central de Mujeres de Alcalá de Henares, sin embargo ante el retraso en el acondicionamiento de este manicomio provocó que los dementes ingresaran en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés.

Ante los fallidos intentos de construcción de nuevos centros psiquiátricos penitenciarios, el Reglamento de 1913 de Servicios de Prisiones intentó unificar las diferentes disposiciones penitenciarias vigentes hasta ese momento y en su artículo 111.7 regula la tarea de los médicos penitenciarios de realizar a todos los reclusos un examen de ingreso. Será ya en el Real decreto 13 de agosto de 1917¹⁵ donde se dispuso un organigrama funcional en el cual se especificarían las tareas de, entre otros, la dirección técnica, la dirección administrativa y la Comisión Especial, todo ello basado en el propósito que, como en su preámbulo indica, “acometer la obra de humanidad de sacar de las prisiones a los penados dementes” para así darles una asistencia separada del resto de reclusos que no padecían enfermedades mentales.

Será con el CP de 1928 cuando se introduzcan las medidas de seguridad (arts. 90 y ss.) y se cambie el término de “loco” o “imbécil” por el de “enajenado”.

Art 90: “Las medidas de seguridad que, como consecuencia de los delitos o faltas, o como complemento de pena, podrán acordarse con arreglo a este Código, son las siguientes: 3.a El internamiento en manicomio judicial.”

¹³ Real Decreto 26.1.1912, Gaceta, 28 de enero.

¹⁴ Real Decreto 7.6.1913, Gaceta, 11 de mayo.

¹⁵ Real Decreto 13.8.1917, Gaceta, 18 de agosto.

En el mismo año, por Real Decreto Ley 6.2.1928¹⁶ se destina a los enfermos mentales al Manicomio del Puerto de Santa María, centro en el que en el año 1930 se destinaron *“tanto los sentenciados con responsabilidad atenuada como los penados que mostraran síntomas reiterados de enajenación mental o cayeren en estado de perturbación o incapacidad mental por declaración del Tribunal sentenciador.”*¹⁷

En el año 1932, durante el período republicano (1931-1939), se redacta un nuevo CP el cual recogerá el término de enajenado que sigue vigente en nuestra actualidad.

Durante el régimen republicano se estableció un Hospital psiquiátrico judicial para los enajenados mentales, alcohólicos y toxicómanos, que se ubicaba en el edificio que había sido destinado a la Prisión Central de Mujeres de Alcalá.

Pasados los duros años de la Guerra Civil, el CP de 1944 intenta poner orden a la legislación de ese momento, sufriendo reformas tales como la de 1963 en las que se sustituye el término “hospitales” por “establecimientos” volviendo a ser substituido éste por “centro” acompañado de la mención “psiquiátrico” en el año 1995¹⁸. En la reforma de este mismo año, se deja atrás el internamiento en manicomio judicial sin ningún tipo de límite temporal y se regula su tiempo limitado de internamiento¹⁹. Se construye en 1944 el Centro Asistencial Psiquiátrico de Madrid, que fue el precedente de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas y que cubrió hasta esa fecha las necesidades asistenciales de carácter psiquiátrico.

En el año 1956 se aprueba el Reglamento de Servicios de Prisiones en el que se incluye un amplio número de Centros Especiales entre los que destacamos: el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario y los Centros de psicópatas, perversos sexuales y de deficientes mentales²⁰.

Será con la reforma de 1968 del Reglamento de Servicios de Prisiones de 1956, cuando se catalogue a dicho centro como centro asistencial, uniéndose a éste el Departamento de Oligofrénicos de León y el Centro de Psicópatas de Huesca.

¹⁶ Real Decreto 6.2.1928, Gaceta, 7 de febrero.

¹⁷ BARRIOS FLORES L.F., *Un siglo de psiquiatría...* op. cit., p.38.

¹⁸ BARRIOS FLORES, L.F, *Un siglo de psiquiatría...* op. cit., p. 27.

¹⁹ BARRIOS FLORES, L.F, *Un siglo de psiquiatría...* op. cit., p. 28.

²⁰ BARRIOS FLORES, L.F, *Un siglo de psiquiatría...* op. cit., p. 27.

“Artículo cinco.- Los establecimientos de cumplimiento o de corrección destinados al cumplimiento de sentencias que impliquen privación de libertad comprenderán: a) Centros hospitalarios y asistenciales; Hospital Penitenciarios, Sanatorio Penitenciario Antituberculoso. Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario, Centro Penitenciario de Maternología y Puericultura, Instituto Geriátrico Penitenciario, Centros de psicópatas, de perversos sexuales, de deficientes mentales. Y en general, todos aquellos en que se preste una asistencia de carácter no específicamente penitenciario.”

Sin embargo, con el paso del tiempo y los cambios políticos, la Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante LOGP) denominará establecimientos especiales a los centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social en los que prevalece el carácter asistencial y será en el Reglamento de 1981, que la desarrolla, donde se describirá el régimen de los Establecimientos Especiales:

“Art. 57. El régimen de los Establecimientos Especiales se ajustará a las siguientes normas:

1. El ingreso de los detenidos, presos y penados en los Centros hospitalarios penitenciarios será acordado por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, previa propuesta razonada de las Juntas de Régimen y Administración, que elevarán informes médicos en los que conste el diagnóstico de la enfermedad o anomalía que requiera tratamiento.

Del traslado de los detenidos y presos se dará cuenta a la autoridad judicial de que dependan, y al Juez de Vigilancia en el caso de los penados.

(...)

2. El ingreso de los detenidos y presos en los Centros Psiquiátricos Penitenciarios será acordado por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias a propuesta de las Juntas de Régimen y Administración de los Establecimientos, que elevarán informes del facultativo del Establecimiento y del Médico Forense del Juzgado de quien dependan aquéllos o del de la localidad en que radique el Centro.

(...)

3. El ingreso de los penados en los Centros Psiquiátricos Penitenciarios se ordenará por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (...)

(...)

13. Al examinar los expedientes disciplinarios de los internos en Centros Especiales, las Juntas de Régimen y Administración oirán preceptivamente, el informe de los facultativos antes de imponer las sanciones previstas en este Reglamento y durante el cumplimiento de las mismas, debiendo aplazarlas, interrumpirlas o sustituir por otras cuando así proceda a la vista del informe motivado de los facultativos.”

Estando ya en el período postconstitucional, nos encontramos con nuevos centros y desaparición de otros, siendo así que el único establecimiento específico para enfermos mentales varones es el Centro Asistencial Psiquiátrico de Madrid, contando el de Yeserías con un departamento para mujeres.

En el año 1990 el Departamento de Oligofrénicos de León fue suprimido, creándose un Departamento análogo en Sevilla que sufrió el mismo final y se constituyó el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

El Centro de Psicópatas que había en Huesca se suprimió, debido a las críticas expuestas en un Informe de la Asociación de Derechos Humanos de 1982, siendo sus pacientes trasladados al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Por unificación con el Centro Penitenciario de Preventivos de Madrid, se cerró también el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid.²¹

Y por último, siguiendo con la supresión de estos centros que nos va a conducir a la terrible situación actual, se cierra el centro de Madrid, pasando sus reclusos al centro de Alicante, al igual que las mujeres del establecimiento de Yeserías.

También surge en la reforma de 1995 un nuevo sistema de medidas de seguridad en las cuales destacamos las posibles opciones de condena que un juez podrá aplicar a una persona inimputable por causa de enfermedad mental y que haya cometido un delito, siendo estas: sometimiento al penado a un tratamiento ambulatorio, imposición

²¹ LÓPEZ MARTINEZ, M. P., *Internados Psiquiátricos por Razón Penal: Análisis Clínico y Forense de los Patrones de Respuesta*. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia, 2015, p. 49.

de internamiento psiquiátrico involuntario en una institución apropiada, por un periodo que no podrá superar el tiempo establecido para el cumplimiento de la pena que le hubiera correspondido.

A finales del siglo XIX, cuando el papel de expertos en psiquiatría comenzaba a aflorar, se topaban con el bloqueo de actuación por parte del papel de la Iglesia que gestionaba diversos manicomios. Este es el principal motivo de que los establecimientos públicos no llegaran a ser instituciones verdaderamente medicalizadas quedando los profesionales médicos relegados a una mera función de asesores. Quizás el problema más grave que esto suponía era el trato inhumano que se les daba a los pacientes tanto a nivel de tratamientos para “curarlos” como a nivel de cuidados mínimos como seres humanos. Esta deplorable situación comenzaría a cambiar con la llegada de personal especializado que se dedicaría al cuidado de los enfermos mentales encerrados en centros penitenciarios.

Como señala Candela R.²², el año 1878 el médico inglés Donald Fraser denunció el poder que tenía la Iglesia sobre dichos establecimientos, abogando por suprimirlo. También en el año 1895, José María Escuder en su obra “*Locos y anómalos*” siguió denunciando la dirección por parte del clérigo de la mayoría de los centros.

²² CANDELA RAMÍREZ, R. *El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada*. 2018, Tesis Doctoral, Universidad Complutense., p.53.

2. ACTUALIDAD

2.1 EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Todo establecimiento ordinario deberá contar el equipo de profesionales que enumera el artículo 274 del RP 1996²³, siendo los siguientes: un jurista, un psicólogo, un pedagogo, un sociólogo, un médico, un ayudante técnico sanitario o diplomado universitario en enfermería, un maestro o encargado de taller, un educador, un trabajador social, un monitor sociocultural o deportivo y un encargado de departamento.

En el artículo citado se explican las funciones que ejercerá este equipo tales como:

- a) La Junta de Tratamiento fijará para cada interno programas de tratamiento o modelos individualizados de intervención penitenciarios, los cuales ejecutará el equipo.
- b) Conocer de forma directa de los problemas y demandas que presenten los internos.
- c) Cuando los internos presenten carencias, éste tendrá que proponerle a la Junta de Tratamiento las medidas que deberán adoptar.
- d) En cuanto a la clasificación, tratamiento o programa de intervención, los internos podrán formular tanto peticiones como quejas, las cuales atenderá el equipo.
- e) Tendrá que realizar la evaluación de los objetivos alcanzados en la ejecución de los programas de tratamiento o de los modelos de intervención penitenciarios. Tras esto, informará a la Junta de Tratamiento del resultado de dicha evaluación.
- f) Ejecutar cuantas acciones concretas les encomiende la Junta de Tratamiento o el Director del Centro.
- g) Si en el centro penitenciario hay talleres o escuelas de formación profesional, tendrá que llevar a cabo la selección profesional, las tareas de orientación, el asesoramiento psicológico o pedagógico de la formación profesional e intentar por los medios correctos, la integración personal y colectiva de los internos en el trabajo y en la orientación laboral.
- h) Ejercer las demás competencias que le atribuye este Reglamento y sus normas de desarrollo.

²³ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

Sin embargo, el equipo que se forma en los centros penitenciarios se denomina “equipo multidisciplinar”, cuyo asentamiento formal llegó con el artículo 185.1 RP 1996, con la finalidad de “garantizar un adecuado nivel de asistencia”. Así, explica que “los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquéllos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación”.

Los equipos multidisciplinarios están formados por juristas, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, personal sanitario, sociólogos y Personal de Interior y Vigilancia²⁴.

- Juristas: estudian la información penal, procesal y penitenciaria de cada interno y realizan la valoración jurídica para su clasificación. También se encargan de redactar y fundamentar los acuerdos redactados por la Junta de Tratamiento y de realizar informes jurídicos para las autoridades judiciales y la Administración Penitenciaria. Otra de sus funciones es la de proporcionarle al interno la orientación legal e información actualizada de su situación.
- Psicólogos: estudian el comportamiento del enfermo para emitir informes e identificar las necesidades que se deben tener en cuenta a la hora de asignar los programas de tratamiento. También llevan a cabo los programas terapéuticos.
- Educadores: entre sus diversas funciones, está la de informar a los internos tanto de temas penitenciarios como extra penitenciarios. Observan la conducta de estos y emiten los correspondientes informes, así como desarrollan los programas de intervención terapéutica y las actividades culturales y deportivas que afectan a los internos que tienen a su cargo.
- Trabajadores sociales: su principal labor es resolver la problemática socio-familiar que ha desencadenado su ingreso en prisión. Proporcionan

²⁴ MINISTERIO DEL INTERIOR, *El sistema penitenciario español*, Edita: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Alcalá, depósito legal, 2010, pp. 20-21.

información y asesoramiento de los servicios sociales existentes y median en la restauración de los vínculos familiares deteriorados. Junto a todo esto, tienen que realizar la labor de apoyo y seguimiento a los liberados condicionales y a los que tienen penas alternativas.

- Personal sanitario: deben asegurar que la atención sanitaria sea de calidad y determinan los criterios para la derivación a nivel especializado de los enfermos que la precisan haciendo un seguimiento crítico. Se encargan también de que la documentación sanitaria esté correctamente cumplimentada y a disposición de la dirección del centro y de los organismos sanitarios públicos.
- Sociólogos: participan en los programas de intervención a los reclusos y realizan las investigaciones y estudios que determina la Administración Penitenciaria.
- Personal de Interior y Vigilancia: garantizan el mantenimiento del orden, está implicado en las tareas de rehabilitación de los presos y disponen de información sobre el comportamiento de los internos y de la evolución que experimentan. Este grupo representa la mayoría de los trabajadores del sistema.

Las labores del equipo multidisciplinar son, en primer lugar, presentar un informe a la Autoridad Judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro Establecimiento o Unidad Psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquel centro (art. 186.2 RP 1996), y la revisión de la situación personal del paciente cada seis meses emitiendo un informe sobre su estado y evolución (art. 187.1 RP 1996)²⁵.

Sin embargo, diversos cambios complican el buen y correcto funcionamiento del equipo, por ejemplo, las decisiones que se toma en su seno y que están dirigidas al

²⁵ BARRIOS FLORES, L. F., *Origen, evolución y crisis de...* op cit., p. 487.

Juzgado de Vigilancia Penitenciaria tienen que pasar el filtro del llamado Consejo de Dirección. Otro cambio importante es la eliminación de la figura de los juristas dentro del equipo y de los educadores, siendo estos últimos los más cercanos a los internos y los que se involucraban en ayudarlos en los problemas que tenían a través de una relación personal.

Si a la eliminación de figuras clave en el equipo le sumamos la insuficiencia de personal ante la sobreocupación de los hospitales psiquiátricos, podemos entender el declive al que se enfrenta la atención a los penados. Uno de los factores que propiciaron la sobreocupación de estos centros es la escasez de ellos como hemos visto en un apartado anterior, recordando que actualmente en España solo disponemos de dos: uno en Sevilla y otro en Alicante, pero estos dos solo tienen un psiquiatra cada uno, partiendo de que tienen que atender a 455 internos²⁶ (entre ambos centros). En una de las comparecencias de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias²⁷ se explica el por qué de esta sobreocupación abriendo una vía a la responsabilidad de las Comunidades Autónomas:

“¿Por qué tenemos, pues, sobreocupación de los hospitales psiquiátricos penitenciarios? Una explicación es que hay un alto número de estos enfermos que son ingresados, entendemos que de manera inadecuada, en los centros psiquiátricos dependientes del sistema penitenciario porque la derivación a recursos asistenciales ordinarios encuentra mucha resistencia de las comunidades autónomas responsables de estos servicios”²⁸.

De hecho, la propia Ley del Sistema Nacional de Salud²⁹ en su disposición adicional sexta trata la citada transferencia a las comunidades autónomas: “*Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud*”.

²⁶ ZAFRA, I., *Solo dos psiquiatras atienden a los 455 enfermos mentales internados por cometer delitos*. El país, Sociedad, 7 de junio de 2019, disponible en https://elpais.com/sociedad/2019/06/06/actualidad/1559845060_904728.html.

²⁷ Diario de Sesiones del Senado, 23 de mayo de 2011. Comparecencia de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

²⁸ FUNDACIÓN ABOGACÍA ESPAÑOLA, *Los enfermos mentales en el sistema penitenciario. Un análisis jurídico*. 2013, p. 7.

²⁹ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Pero no solo la insuficiencia de personal y la no derivación de responsabilidades a las Comunidades Autónomas son puntos en contra, también hay que hablar de la falta de preparación de los profesionales que atienden un centro penitenciario psiquiátrico. Así las cosas, es preciso diferenciar el tipo de personal especializado que se necesita en un establecimiento corriente, al que se necesita en un centro donde las personas que se encuentran derivadas en él sufren enfermedades mentales para las cuales necesitan unos cuidados, horarios y trato adecuado a sus necesidades personales, por no mencionar la ya obvia falta de instalaciones adaptadas.

Cristina Íñigo, coordinadora del Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisión se refiere a esta situación de falta de especialización del personal es en estos términos: *“La asistencia médica en la Institución Penitenciaria corresponde a médicos de atención primaria que no son especialistas en psiquiatría, pero que por la alta prevalencia de enfermedad mental han desarrollado una práctica, y adquirido unos conocimientos, que los hacen estar especialmente preparados para el manejo de estos pacientes”*³⁰.

Pablo Gómez, fiscal decano de Vigilancia Penitenciaria de Alicante, se refiere a *“centros civiles intermedios”*³¹ como lugares donde el interno puede pasar al salir del psiquiátrico y antes de quedar en libertad bajo seguimiento ambulatorio. Sería una opción a tener en cuenta que también ayudaría a liberar algo la sobreocupación de los establecimientos y que probablemente tuviera rasgos positivos en la salud de los penados ya que están en el limbo entre su enfermedad y la “cura”, pero aún necesitan medidas de seguridad y atención por parte del equipo multidisciplinar, pero ya no estarían en un lugar tan rígido como el psiquiátrico penitenciario. De este modo, por un lado se evita la masificación de los centros y por otro se ayuda a la rehabilitación del penado que podrá estar en un establecimiento más adecuado a su actual situación mental en el largo proceso de reinserción.

El Consejo de la Unión Europea en su Resolución del 30 de noviembre de 2009, en un plan de trabajo para reforzar los derechos procesales de sospechosos o acusados en los procesos penales, incluye *“salvaguardias especiales para acusados o*

³⁰ LA RAZÓN, *Psiquiatría entre barrotes*. 27 de noviembre de 2011, disponible en https://www.larazon.es/historico/4162-psiquiatria-entre-barrotes-GLLA_RAZON_415583/

³¹ ZAFRA, I., *Solo dos psiquiatras atienden a los 455 enfermos...* op. cit.

sospechosos que sean vulnerables” es decir, “*que no puedan comprender o seguir el contenido o el sentido del proceso debido, por ejemplo, a su edad, o a su condición mental o física*”. Por lo tanto, como la frase “*salvaguardias especiales*” define, se trata de prestar una atención individual y especial a quienes padezcan una situación de vulnerabilidad³².

No estamos ante factores de imposible solución, al contrario, se trata de destinar medios económicos, profesionales y personales para poder cubrir con la demanda de establecimientos donde se pueda tratar de forma correcta a una persona con un problema en concreto. Podemos hacer un paralelismo con los centros de drogodependencia, es decir, nos encontramos ante puntos destinados a “curar” las adicciones que sufren determinadas personas y por las cuales han cometido un delito, ya sea debido a sus efectos o debido al mono que provocan. En estos centros se busca ayudar a solucionar el grave problema que es tener una dependencia hacia un tipo (o varios) de sustancia, contando con personal suficiente y cualificado para tratarlos, con instalaciones adaptadas y con diversos centros, para que no se encuentren con el problema de que no haya espacio para derivarlos.

No pretendo hacer una crítica a los centros de drogodependencia, al contrario, es una llamada para destacar su importancia y de intentar hacer ver la necesidad de que las personas que sufren un problema, como son los enfermos mentales, también se les proporcionen los correspondientes medios con todo lo que su correcto funcionamiento implica.

En este sentido, es importante la Sentencia del Tribunal Constitucional 84/2018³³.

Los hechos se basan en la actuación de un hombre que es absuelto por un delito de asesinato en grado de tentativa, siendo el motivo de su absolución la apreciación de la eximente completa de trastorno mental (art. 20.1 CP). Le imponen el internamiento en un centro psiquiátrico, como medida de seguridad, por un plazo máximo de 12 años, ante lo cual la defensa interpone recurso de casación y pide la inmediata puesta en libertad del reo, que hasta ese momento cumplía prisión provisional, basándose en el art. 983 LECrim en el que se establece que “*todo*

³² FUNDACIÓN ABOGACÍA ESPAÑOLA, *Los enfermos mentales en el sistema...* op. cit., p. 6.

³³ SENTENCIA 84/2018, de 16 de julio (BOE núm. 199, de 17 de agosto de 2018)

procesado absuelto por la sentencia será puesto en libertad inmediatamente". En el fundamento primero se hace referencia al art. 17.1 CE alegando la vulneración del derecho a la libertad personal del recurrente *"por no haberse accedido a su excarcelación hasta tanto recayera sentencia de casación o, en su defecto, que se acordara su internamiento en un centro hospitalario ajeno al control de la Administración penitenciaria"*.

No obstante, la decisión que se toma es recluirlo en la "Unidad Psiquiátrica correspondiente al Centro Penitenciario", en este caso el de Córdoba, decisión ante la cual se interpone el presente recurso de amparo que da lugar a esta Sentencia y dando lugar a una triple crítica en relación a ésta que se explica en el fundamento segundo basándose en:

"(i) la inexistencia de fines legítimos para su adopción, al haber ponderado los Autos de manera prevalente el sacrificio de un derecho fundamental (art. 17.1 CE), para no poner en riesgo la vida e integridad física de las víctimas de los hechos delictivos que se le atribuyen, a la sazón su esposa e hijo común; riesgo que la demanda niega;

(ii) la no idoneidad de la medida, al defenderse como suficiente y adecuada la excarcelación;

(iii) subsidiariamente su falta de necesidad, desde el momento en que de no accederse a su puesta en libertad se proponía una alternativa considerada menos gravosa, la de su internamiento en un hospital psiquiátrico no controlado por la Administración penitenciaria".

Por otra parte, el preso se encuentra en la enfermería, ya que la prisión de Córdoba no cuenta con ninguna unidad psiquiátrica.

La crítica más dura que se hace a este caso, se basa en internar a una persona con problemas mentales en un centro que no está adaptado a sus necesidades y más basándonos en el art. 101.1 del C.P que nos habla del adecuado internamiento de estas personas *"en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psiquiátrica que se aprecie"*. En el desarrollo de la Sentencia se hace referencia a un caso del año 1985 (*Sentencia Ashingdane contra Reino Unido* de 28 de mayo de 1985, serie A, núm. 93, pg. 21, ap. 44), en el que se dice que *"En principio, la 'detención'*

de un enfermo mental no será ‘regular’, según el apartado e) del párrafo 1, salvo si se realiza en un hospital, una clínica o en otro establecimiento”.

Volvemos a destacar la importancia de los centros especializados, donde la persona estará en un entorno adecuado con una atención personalizada y sin la estigmatización que sufriría en una prisión común, ayudándolo a conseguir una mejor reinserción social y una mejoría en su vida y enfermedad.

2.2 GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD MENTAL EN PRISIONES

El Grupo de Trabajo Sobre Salud Mental en Prisiones (en adelante, GSMP), se creó en el año 2004 con el compromiso, entre otros, de orientarse hacia la Atención Primaria de los problemas de salud mental en las prisiones, para crear redes de sanitarios interesados en este tema y para impulsar un estudio de prevalencia-incidencia de trastornos mentales en prisión. Está formado por miembros de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y han contado con la colaboración de Pfizer³⁴. Su fin general es la mejora de la calidad asistencial en el campo de la salud mental en prisiones para lo que desarrollaron un protocolo clínico, llamado Guía de Práctica Clínica sobre los temas que se deben tratar en cuanto a los problemas que antes citamos³⁵. Según Arroyo, *“ante las muchas necesidades de formación, con frecuencia demandadas, esta guía pretende contribuir a mejorar los conocimientos que los profesionales que trabajan en prisión tienen sobre la enfermedad mental y el manejo de determinados síntomas que los pacientes pueden presentar mientras se encuentran en el sistema penitenciario. Está pensada para describir el manejo de los enfermos en un entorno tan específico y hostil como es una cárcel, pero donde sigue habiendo una tasa de enfermos mentales grave que cuadriplica la de la población general”*³⁶.

Se han recogido en una guía los métodos empleados, así como las formas para saber cómo actuar en cada caso ante penados con enfermedades mentales, dándole el

³⁴ Pfizer es una empresa farmacéutica estadounidense, compañía líder en investigación biomédica. <https://www.pfizer.es/>

³⁵ ARROYO, JM., *El grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2005, n° 7, p. 88.

³⁶ ÍÑIGO, C. y MÁRKEZ, I., (coordinadores), *Guía atención primaria sobre salud mental en prisiones*. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión. Edita: OMEditorial; 2011, p. 9.

nombre de “Guía de Atención primaria de la salud mental en prisión”, realizada en conjunto por GSMP, SESP y AEN y dirigida a los internos que sufran un Trastorno Mental Grave (TMG), es decir, pacientes con alteraciones psicóticas y trastornos de personalidad graves. El otro coordinador del GSMP, Iñaki Markez afirma que “*es necesario conseguir una atención equiparable a la que reciben otros enfermos y valorar en qué situación van quedar una vez puestos en libertad*”³⁷. ya que, si carecen de suficientes recursos dentro del centro penitenciario, hablando en concreto de ayuda psiquiátrica, no tendrán la oportunidad de reinserirse correctamente.

2.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES

Conocido como PAIEM, se trata de un programa que desarrolla unos objetivos terapéuticos y reinseridores, respondiendo así a las necesidades de los enfermos mentales que cumplen condena en centros penitenciarios³⁸. Se aplica desde el año 2009 en todos los centros penitenciarios del Estado excepto en Cataluña que, como ya hemos dicho, tiene cedidas las competencias, resultando su implantación en un 97% de centros³⁹.

Los objetivos que marca el propio protocolo del programa se dividen en tres fases que son las siguientes:

- I. Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
- II. Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- III. Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

³⁷ LA RAZÓN, *Psiquiatría entre...* op. cit.

³⁸ MINISTERIO DEL INTERIOR, SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Dirección General de Coordinación Territorial y medio abierto, 2009, pp. 2-3.

³⁹ SANZ, J., GÓMEZ-PINTADO, A., RUIZ, A., POZUELO, F., ARROYO, JM., *Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento*. Revista Española Sanidad Penitenciaria, vol.16 n° 3, Barcelona, 2014, p. 92.

Estos objetivos se van a desarrollar en tres programas⁴⁰:

- Programa de atención clínica: se encargará de identificar, diagnosticar y tratar a los reclusos con problemas de salud mental, desde su ingreso hasta la finalización de su pena en prisión. Una vez tratado y/o estabilizado se derivará al siguiente programa.
- Programa de rehabilitación: su objetivo es recuperar o mejorar la funcionalidad de los reclusos, su calidad de vida y su adaptación al entorno penitenciario.
- Programa de reincorporación social: en este programa se derivará el trabajo a los recursos socio-sanitarios comunitarios, para seguir ayudando a las personas en su reincorporación a la comunidad, asegurando la continuidad de cuidados y el cumplimiento de la medida de seguridad, en caso de haberse impuesto, al igual que se le prestará ayuda con sus relaciones familiares y en las prestaciones económicas y sociales a las que tuviera derecho.

Para poder llevar a cabo los distintos objetivos, junto con los programas que se aplican en prisión, hará falta disponer de un equipo multidisciplinar de salud mental cuyos responsables directos serán: el Subdirector de Tratamiento y el Subdirector Médico/Jefe de Servicios Médicos y serán responsables de las siguientes tareas: conocer la realidad de la patología mental de los internos incluidos en el PAIEM del centro, establecer criterios de priorización, inclusión y clasificación por Niveles de Intervención, realizar la evaluación de habilidades y discapacidades, definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar con estos pacientes, ya sean las propias del centro o diseñar las específicas para ellos, asesorar y emitir los oportunos informes para la Junta de Tratamiento a los efectos que procedan y diseñar y ejecutar el Plan de Reincorporación Social⁴¹.

Pero el PAIEM no es un programa abierto, sino que tiene unas pautas a seguir para incluir a un enfermo mental. En primer lugar, es necesario señalar que un profesional tendrá que detectar que uno de los internos sufre un posible trastorno

⁴⁰ ZABALA BAÑOS, C., *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Premio Nacional Victoria Kent. Ministerio del Interior-Secretaría General Técnica. 2016, pp. 60-63.

⁴¹ MINISTERIO DEL INTERIOR, SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros...* op. cit., pp. 5-7.

mental y lo pondrá en conocimiento “*de los servicios sanitarios y/o a alguno de los profesionales que integran el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental con el fin de que se tomen las medidas necesarias*”⁴².

Una vez que esto se realice habrá que tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión en el programa y que la baja será efectiva sólo con la excarcelación.

- Criterios de inclusión en el PAIEM:
 - Presencia de sintomatología conductual que interfiere la integración en la vida penitenciaria de un inter con trastorno mental grave estabilizado.
 - Patología dual
- Criterios de exclusión en el PAIEM:
 - Deficiencia mental
 - Trastorno inducido por uso de sustancias psicoactivas en exclusiva.

Una vez puesto en marcha la integración del programa en el centro penitenciario, se hará un seguimiento y una evaluación de los penados que participen en él, que contarán con el apoyo de un interno, que lo ayudará en las tareas que determinen y en el proceso de integración, así como de un tutor que se elegirá entre los miembros del Equipo Multidisciplinar

Según el trabajo que recoge “*la evaluación realizada para conocer la percepción de los miembros de los equipos PAIEM, sobre la mejora de la calidad asistencial de los enfermos con problemas mentales ingresados en los centros penitenciarios, gracias a la implantación del programa*”. Se destaca el resultado positivo que arrojan las cifras que se observan en la tabla destacando “*el tratamiento del interno desde un punto de vista integral y personalizado (78%), la mejor adaptación del interno y la consiguiente disminución de la conflictividad (75%), la mejor colaboración entre distintos profesionales (69%), la percepción, por parte de los internos, de una mejor*

⁴²MINISTERIO DEL INTERIOR, SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros...* op. cit., p. 7

atención y calidad de vida (69%) y la mejora en la adherencia al tratamiento (63%)”⁴³.

Desde su implantación, el PAIEM ha ayudado a la reinserción de un gran número de internos que pudieron y quisieron participar en el programa, basándose esta ayuda en lo que debería ser lo habitual para el cuidado y ayuda de este tipo de personas, es decir, una atención personalizada que es prestada por expertos especializados.

2.4 PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL

Una vez que el recluso se encuentra en régimen abierto, es necesario que obtenga una continuidad de la ayuda que ha recibido en la cárcel a través del PAIEM, que le sirva de apoyo en su reinserción social. El Programa Puente, como explica en su apartado tercero “... *debe servir de nexo de unión entre la institución penitenciaria y las redes de salud mental comunitaria para potenciar la reincorporación y derivación de las personas con enfermedad mental a los recursos sociosanitarios comunitarios*”⁴⁴.

La inclusión de una persona en el Programa Puente podrá darse cuando ésta ingresa en un centro penitenciario, de libertad o durante la estancia en el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Contará con un Equipo Multidisciplinar, que será el encargado de valorar a cada persona y comparar si reúnen las condiciones de inclusión, posteriormente procederán a la evaluación y elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).

Entre los objetivos de este programa⁴⁵, se encuentra el ofrecimiento de mediación entre el ámbito penitenciario, los recursos de salud mental comunitarios y los juzgados, cuya mediación facilitaría el seguimiento individualizado de los reos con alguna enfermedad mental.

⁴³ SANZ, J., GÓMEZ-PINTADO, A., RUIZ, A., POZUELO, F., ARROYO, JM., *Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones...* op. cit., p. 97.

⁴⁴ ABAD, ALICIA, ARROYO, JOSÉ MANUEL, COTADO, ANA, *entre otros. Programa Puente de Mediación Social*. Ministerio del Interior – Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2014, p. 7.

⁴⁵ ABAD, ALICIA, ARROYO, JOSÉ MANUEL, COTADO, ANA, *entre otros. Programa Puente de Mediación...* op. cit., pp. 7-8.

También en este ámbito se trata la mediación familiar esto es, la situación que sufre una persona cuando al salir de prisión carece de un núcleo familiar que lo ayude y apoye. Sostienen de otra parte, que el motivo de la dejadez o la desatención es la incapacidad para convivir psicológica o económicamente con un enfermo mental que además ha cometido delitos, los cuales no implican que necesariamente estean ligados con la familia. Mediante esta ayuda se trataría de mejorar la convivencia familiar e intentar mitigar la sobrecarga y el estrés que puede producir esta nueva situación, teniendo en cuenta la importancia de que el enfermo tenga apoyo de sus seres cercanos, lo que ayudaría a su reinserción.

Además, otro de los objetivos es la promoción al acceso a la formación e integración laboral para estas personas, que ya no solo cuentan con lo estigmatización de haber estado en la cárcel, si no que se les añade la “etiqueta” de tener un problema de salud mental.

Por último, la salida del Programa Puente se puede producir por los siguientes motivos: por libertad definitiva, por regresión de grado (con posible derivación al PAIEM correspondiente), por abandono voluntario del usuario del programa, o por presentar patrones de comportamiento incompatibles con el programa. La salida irá acompañada de un informe de derivación a recursos comunitarios⁴⁶.

2.5 INFORME PRECA

Se trata de un informe sobre la prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles, llevado a cabo por el grupo de trabajo de Salud Mental en Prisiones de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría entre los años 2007 y 2008⁴⁷.

Su realización fue fruto de la preocupación por el gran porcentaje de enfermedades mentales que se diagnosticaban en los reclusos, siendo cinco veces más alta que prevalencia entre los penados que entre el resto de la población. Se realizó en

⁴⁶ ABAD, A., ARROYO, J.M., COTADO, A., *entre otros*. *Programa Puente de Mediación...* op. cit., p. 15.

⁴⁷ GRUPO PRECA, *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*. Barcelona, 2011, p. 5.

las Comunidades de Cataluña (participaron 222 reclusos), Madrid (235) y Aragón (250). Los criterios para seleccionar a los participantes eran que tenían que ser varones, entre 18 y 75 años, estar cumpliendo condena y estar ubicados en el módulo ordinario del centro.

Al observar los distintos porcentajes en relación con cada enfermedad y grupo de reclusos que forman el grupo entrevistado, podemos destacar el trastorno debido al consumo de drogas. Como el propio estudio indica, hay un 76% de reclusos que deben su trastorno al consumo de sustancias ilícitas principalmente alcohol y cocaína. Estos datos disminuyen al 17,5% si consideramos la prevalencia en el último mes, siendo el cannabis la sustancia más consumida⁴⁸.

Para este tipo de trastornos son importantes los programas de desintoxicación, en los centros donde los reclusos están para reinsertarse y desintoxicarse siendo ayudado por profesionales. Por lo tanto, este tipo de trastornos si no van más allá del consumo de estupefacientes, se pueden solucionar en la propia cárcel implantando programas adecuados a este problema. Sin embargo, aquellos enfermos mentales cuya enfermedad trascienda al consumo de drogas aunque tenga relación con éstas, deberán ser trasladados a un centro psiquiátrico para que reciba la correspondiente atención y ayuda específica.

Una opinión que comparto plenamente, y que cuadra en lo que es el objetivo de este trabajo, es decir, la importancia que tienen los centros penitenciarios psiquiátricos para personas con trastornos mentales, es la de quien recomienda que se incluya en la evaluación realizada por los médicos que atienden en primera instancia a los presos, la detección de patologías psiquiátricas⁴⁹. Este control, desde el inicio del ingreso de un reo, podría servir de “clasificador” para derivar a aquellas personas que lo necesiten a un centro adaptado a ellas, sin que la convivencia en una cárcel les afecte más aún que el trastorno que padecen.

⁴⁸ GRUPO PRECA, *Informe prevalencia de trastornos mentales en...* op. cit. p. 10.

⁴⁹ FUNDACIÓN MANANTIAL, *El 80% de los reclusos de centros penitenciarios españoles han sufrido un trastorno mental*. Europa Press, 2012, disponible en <https://www.europapress.es/comunicados/salud-0910/noticia-comunicado-80-reclusos-centros-penitenciarios-espanoles-sufrido-trastorno-mental-20120322150359.html>.

2.6 ENAJENACIÓN INADVERTIDA

Cuando se detiene a una persona y se la lleva a comisaría o posteriormente se celebra un juicio rápido, es muy difícil que se detecte la presencia de un trastorno mental. Esto es lo que se denomina enajenación inadvertida, que acarrea uno de los más graves problemas que surgen en el tema que tratamos: condenar a un enfermo mental a un centro penitenciario no psiquiátrico. Así, según Fábrega Ruiz *“Se dice que estos internos (que no son pocos) son los más marginados entre los más marginados. Son marginados en los propios centros penitenciarios; acaban siendo reclusos en las enfermerías o desamparados en los módulos. Y provienen de las capas sociales más desprotegidas. Por ello, requieren una especial atención y apoyo”*⁵⁰.

El problema está en que desde el momento en que una persona es puesta a disposición judicial, no se le pregunta por su salud mental, de hecho en muchos casos el propio abogado no llega a tener constancia de que haya ningún problema, ya que su cliente no se lo comunica, al igual que tampoco suelen comunicárselo al propio Juez, haciendo que sea más difícil conseguir que le realicen un informe pericial hecho por un psiquiatra, para que valore correctamente la salud mental del enjuiciado. De esta forma, pasaríamos de un juicio rápido a un procedimiento abreviado que sería lo más correcto y en el que se llevarían a cabo las actuaciones necesarias para adecuarse a la situación de la persona que se va a juzgar, la cual en algunos casos tampoco es consciente de su propia situación.

Si nos encontramos en el caso de que el Juez es consciente de la enajenación que padece la persona, se aplicará el artículo 381 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el cual dice: *“Si el Juez advirtiese en el procesado indicios de enajenación mental, le someterá inmediatamente a la observación de los Médicos forenses en el establecimiento en que estuviese preso, o en otro público si fuere más a propósito o estuviese en libertad.”* Igualmente se deberá poner de manifiesto la apreciación de alguna anomalía si la detecta cualquiera de los profesionales relativos al caso y así dar lugar a una investigación apropiada a las circunstancias. Si dicha anomalía es

⁵⁰ FÁBREGA RUIZ, C.F, *Situación de deficientes y enfermos mentales en prisión. realidad y alternativas a la luz de la discusión sobre los fines de la pena*. Estudios de derecho judicial, Nº. 110, 2006, pp. 296-297.

detectada después de dictarse sentencia firme, se aplicará el artículo 60 del Código Penal: *“1. Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.”*

Como señala Santos Urbaneja⁵¹, *“... entiendo que la solución pasaría por aplicar a estos supuestos el art. 60 del C. Penal y la doctrina elaborada en torno al mismo pues, aunque siempre se ha dicho que tal precepto regula la “enajenación sobrevinida”, lo cierto es que en ningún momento se dice que la enajenación haya aparecido en un momento posterior, sino que haya sido “apreciada” después de pronunciada la sentencia firme.*

Si el informe no se pide, continúa el juicio rápido y es cuando se salta el filtro que marca la diferencia en el tratamiento de un preso que goce de plena salud mental a uno que necesite ayuda personalizada.

Un segundo problema lo encontramos en que una vez que el ya recluso está en un centro penitenciario, no pasa controles psiquiátricos con la habitualidad que debería, ni con la duración que debería, dificultando aún más el diagnóstico y provocando que empeore al estar en un ambiente que *per se* crea una alteración psicológica. Si a esto le sumamos la falta de asistencia personalizada para una persona que ya padece un trastorno, podemos imaginar el estado psicológico en el que se encontrará.

Pero el papel del Juez, la falta de conocimiento de la situación del abogado o incluso la falta de aviso por parte del reo, no son las únicas trabas que encontramos. Tenemos que tener en cuenta la falta de centros psiquiátricos penitenciarios que hay

⁵¹ SANTOS URBANEJA, F., *Varias cuestiones relativas al tratamiento de la discapacidad y la enfermedad mental en el juzgado de guardia*. Estudios del Ministerio Fiscal. 2006, p. 23.

en nuestro país, por lo que a veces el propio juez no tiene otro lugar para que el reo cumpla su condena. Aquí volvemos a hablar de la necesidad de coordinación entre las diferentes administraciones, la necesidad de más centros, más financiación y más personal.

No se trata de considerar inimputable al acusado por el mero hecho de padecer un trastorno mental, ya que no siempre ha lugar esta calificación, se trata de dictar un fallo en el que se valoren las necesidades de la persona y la ayuda extra que puede necesitar para cumplir con el fin de la prisión en nuestro país, que es la reinserción y rehabilitación y que se recogen en el artículo 25 de la Constitución Española: “2. *Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social*”. Si un recluso con una enfermedad mental cumple su condena en la cárcel sin programas de apoyo ni un ambiente adecuado, lo más probable será que vuelva a reincidir una vez que salga del centro, ya que el principal problema en lugar de mejorar puede llegar a agravarse.

3. CONCLUSIONES

PRIMERA.- De acuerdo con la OMS explica que “*no hay salud sin salud mental*”. Es por ello, que las personas que padecen una enfermedad o trastorno mental precisarán un tratamiento que se amolde a sus necesidades más específicas, las cuales, obviamente, deben de diferir de aquellas personas que gocen de salud mental.

SEGUNDA.- La enajenación mental aparece recogida como causa eximente de responsabilidad penal en los Códigos Penales de antaño; sin embargo, el sistema penitenciario español se caracterizó desde siempre por el desinterés administrativo de la existencia de establecimientos propios para reclusos con enfermedades mentales. Si bien es cierto que surge el Manicomio judicial de Santa Isabel de Leganés, la Penitenciaría Hospital sito en el Puerto de Santa María (Cádiz) y varios intentos durante el período republicano, estos se ven destinados al fracaso debido a las numerosas protestas a causa de las situaciones de insalubridad. Habrá que esperar a la promulgación de la Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre, LOGP para hablar de verdaderos centros de rehabilitación social y centros psiquiátricos.

TERCERA.- En la actualidad, afortunadamente tras muchos intentos, todo establecimiento cuenta con un equipo de profesionales multidisciplinar el cual garante un nivel adecuado de asistencia para lograr la necesaria ejecución de los programas de rehabilitación; sin embargo, las carencias siguen latentes y es necesario seguir trabajando en la sobreocupación de los hospitales psiquiátricos penitenciarios debido a la insuficiencia de personal y no ausencia de derivación de responsabilidades a las Comunidades Autónomas (encargadas de la plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud) así como también es un problema a tratar la falta de preparación de los profesionales encargados de un determinado centro.

CUARTA.- La urgente necesidad de construir establecimientos adecuados al tipo de anomalía o alteración psiquiátrica que se aprecie en un recluso, se han llevado a cabo informes, grupos de trabajo y programas para mejorar la situación de estas personas y visibilizar sus necesidades. Destaca el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM), el Programa Puente de Mediación Social y el Informe PRECA. Todos ellos comparten la idea que se defiende a lo largo de este trabajo, esto es, la necesidad de diferenciar a las personas que padecen una enfermedad mental para proceder a su traslado en un centro psiquiátrico especializado en el que se incluya

necesariamente una evaluación realizada por los profesionales que atienden en primera instancia. Con ello se pasa un filtro clasificador derivando a las personas que sufren un trastorno mental a un centro que atiende sus necesidades más específicas. Así mismo, la finalidad óptima con estos programas es poder alcanzar la plena reinserción a la sociedad una vez cumplida la condena.

QUINTA.- Los mecanismos a los que deben acudir los Jueces para conseguir que una persona acuda a un centro especializado se encuentran en la legislación vigente. En primer lugar, es necesario acudir al artículo 381 de la LECrim durante el proceso o al artículo 60 del CP si dicha anomalía es encontrada después de dictarse sentencia firme o incluso cuando el reo se encuentra cumpliendo condena.

Si se acuden a ambos preceptos y se diagnostica la enfermedad mental se buscarían inmediatamente solución a las necesidades específicas de dicha enajenación inadvertida o sobrevenida, cumpliendo con ello el fin óptimo de la medida que defendemos: la reeducación y la reinserción social de la persona (artículo 25 CE). A contrario sensu, la enfermedad se agravaría e probablemente no tendría cura.

SEXTA.- En conclusión, dejamos patente con toda la información vertida a lo largo de este trabajo la necesidad, aun en la actualidad de seguir trabajando en los centros psiquiátricos ya que queda mucho que avanzar volviendo a destacar que en nuestro país solo tenemos dos. Es necesario invertir en educación para formar a los profesionales que traten a estas personas de modo que, por ejemplo, los médicos forenses prevean el diagnóstico, así como es preciso también, garantizar partidas presupuestarias con las cuales poder construir más centros especializados en los cuales los reos puedan estar internados durante su condena. Educación y economía, pero sobre todo, garantizar los fines constitucionales de la pena en España (artículo 25 CE).

7. BIBLIOGRAFÍA

ABAD, ALICIA, ARROYO, JOSÉ MANUEL, COTADO, ANA, *entre otros*. *Programa Puente de Mediación Social*. 2014. Ministerio del Interior – Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

ARROYO-COBO, JM, *El grupo de trabajo sobre salud mental en Prisiones (GSMP). Actividades y Funcionamiento*. Rev. Esp. Sanidad Penitenciaria, 2005, nº 7.

ARROYO-COBO, JM, *Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo*. Rev. Esp. Sanidad Penitenciaria, 2011, nº 23.

AZUMENDI, EDUARDO, *¿Por qué acaban en prisión tantas personas con trastornos mentales?* 2014. El Diario Norte, Euskadi.

BARRIOS FLORES, LUIS FERNANDO, *Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria*. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, 2007, nº 2.

BARRIOS FLORES, LUIS FERNANDO, *Un siglo de psiquiatría penitenciaria*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2000, nº1.

BEJARANO GERKE, GUIOMAR, *Efectos de la privación de libertad*. 2016. Sociedad Civil en Acción.

BUSTAMANTE, R., PAREDES, JJ., AVIÑÓ, D., GONZÁLEZ, J., MARTÍNEZ, L. y ARROYO, JM., *Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario*. Rev. Esp. Sanidad Penitenciaria, 2013, nº 15.

CABALLERO MARTÍNEZ, L, *Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación de trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatológicas de los trastornos mentales*. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Puerta de Hierro. Departamento de Psiquiatría Universidad Autónoma de Madrid. Medicine, 2007, 9 (84).

CALA, CARLOS, *Manicomios: una historia de dolor, abandono e incompreensión*. 2015. Cadena Ser.

CANDELA RAMÍREZ, RUTH, *El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos demográficos, clínicos y terapéuticos de la población internada*. 2018, Tesis doctoral, Universidad Complutense.

CANDELA RAMÍREZ, RUTH; VILLASANTE ARMAS, OLGA, *Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam* en “Cartas desde el manicomio: Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés”, 2018.

CASTRO MARTÍNEZ, ANA MARÍA, *La cuestión de la enajenación inadvertida*. Law and Trends, 2015, <https://www.lawandtrends.com/noticias/despachos/la-cuestion-de-la-enajenacion-inadvertida.html>

DORADO MONTERO, PEDRO, *Capítulo IV: Los peritos médicos y la justicia criminal*, en Errores Judiciales: Locos condenados por los tribunales. 1906, Madrid: Hijos de Reus.

ETORKINTZA, *Un enfermo mental no puede ir a una cárcel normal* en “Consejos para el cuidador” de SLIDER, 2017.

FÁBREGA RUIZ, CRISTÓBAL FRANCISCO, *Situación de deficientes y enfermos mentales en prisión. realidad y alternativas a la luz de la discusión sobre los fines de la pena*. 2006. Estudios de derecho judicial, Nº. 110.

FERNÁNDEZ CAPARRÓS, FRANCISCO MIGUEL, *Cuando cerraron los manicomios las cárceles se llenaron de locos*. 2018. El blog de APDHA.

FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, MARÍA DOLORES, *El pensamiento penitenciario criminológico de Rafael Salillas*. Monografías de la Universidad de Santiago de Compostela, 1976, Imprenta de Aldecoa.

FUENTES, MARINA; FERNÁNDEZ, MARÍA EVA, *La esquizofrenia en el medio penitenciario*. Revista Asociación Neuropsiquiatría, 2016 (36 (I30)).

GARCÍA, BOBES, *Asistencia psiquiátrica en los Centros Penitenciarios españoles: Otra asignatura pendiente*. 2001. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol. 3, nº 3.

GRASSO, DANIEL, *Enfermos mentales: invisibles tras las rejas*. 2013. El Confidencial-Sanidad pública.

HERNÁNDEZ MONSALVE, MARIANO, ESPINOSA IBORRA, JULIÁN, *La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones*. SCIELO, Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, año 2000, Nº 76.

HERRERA VALENCIA, R, *Salud mental y prisiones*. Rev. Esp. Sanidad Penitenciaria, 2000, nº 2.

ÍÑIGO, CRISTINA y MARKEZ, IÑAKI (coordinadores), *Guía atención primaria sobre salud mental en prisiones*. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión. Edita: OMEditorial; 2011.

LANDÍN, EVA, *El reparto de medicación en las cárceles provoca abusos, sobredosis y conflictos*. 2017. El plural - Sociedad.

LÓPEZ CONTRERAS, ANDRÉS, *A vueltas con la enfermedad mental y la prisión*. Red abogacía española, 23 de octubre de 2018.

LÓPEZ MARTINEZ, MILAGROS PIEDAD, *Internados Psiquiátricos por Razón Penal: Análisis Clínico y Forense de los Patrones de Respuesta*. 2015. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.

LUCAS, ANA, *Retiran su medicación a presos enfermos de Campos del Río para que no trapicheen con ella*. 2019. La opinión de Murcia.

MANZANOS BILBAO, CÉSAR, *Salir de prisión: la otra condena*. Dialnet, Revista de servicios sociales, 1998, Nº. 35,

MARTÍNEZ CORDERO, MANUEL, *El penal de El Puerto de Santa María (1886-1981)*. 2003, Editor: El Puerto de Santa María.

MINISTERIO DE INTERIOR, *El sistema penitenciario español*. Edita: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Alcalá, 2010.

MORA, MARÍA ISABEL, *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso para la sociedad del bienestar*. 2007. Asociación pro derechos humanos de Andalucía.

ONECA, JOSE ANTÓN, *Don Rafael Salillas*. En “Anuario de derecho penal y ciencias penales”, 1974, pp. 205-220.

PÉREZ FERNÁNDEZ, FRANCISCO y PEÑARANDA ORTEGA, MARÍA, *El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007, vol. 37, nº 131.

RINCÓN, REYES, *Interior insta visados para limitar los medicamentos de los presos*. 2016. El País.

ROSAS CARMONA, MARÍA JOSÉ, *Los efectos psicológicos del encarcelamiento: ¿qué pasa en la mente de los reclusos?* 2018. Psicología y mente.

SACRISTÁN, CRISTINA, *La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar*. SCIELO, 2009, vol. 16, nº 45,

SALILLAS, RAFAEL, *Antropología en el Derecho penal*. Dialnet, 1888, vol. 36, nº 73.

SÁNCHEZ BURSÓN, JOSÉ MARÍA, *Los pacientes mentales en prisión*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001, vol. XXI, nº 78.

SANTOS URBANEJO. FERNANDO, *Encuesta realizada entre profesionales que trabajan en el juzgado de guardia de Córdoba sobre personas con discapacidad intelectual o trastorno mental que son puestas a disposición judicial en calidad de detenidos*, Fiscalía Provincial de Córdoba, Sección de Protección de Personas con Discapacidad, 2013.

SANZ, J., GÓMEZ-PINTADO, A., RUIZ, A., POZUELO, F., ARROYO, JM., *Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento*. Revista Española Sanidad Penitenciaria, 2014, vol.16 nº 3, Barcelona.

SEGOVIA BERNABÉ, JOSÉ LUIS, *Consecuencias de la prisionización*. 2001.

UCELAY, PALOMA, *Enfermos mentales en prisión: riesgos*. 2015. Jurista de prisiones, <https://juristadeprisiones.com/enfermos-mentales-en-prision-riesgos/>

VELASCO, OLLIN, *Las huellas psicológicas que deja la cárcel son imborrables*. 2018. <https://www.infobae.com/america/vice/2018/05/04/las-huellas-psicologicas-que-deja-la-carcel-son-imborrables/>

VILLASANTE, OLGA; CANDELA, RUTH; CONSEGLIERI, ANA; VÁZQUEZ DE LA TORRE, PALOMA; TIerno, RAQUEL y HUERTAS, RAFAEL, *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. 2018, Editorial: Los Libros de la Catarata.

ZABALA BAÑOS, CARMEN, *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. 2016. Premio Nacional Victoria Kent. Ministerio del Interior-Secretaría General Técnica.

ZAFRA, IGNACIO, *Solo dos psiquiatras atienden a los 455 enfermos mentales internados por cometer delitos*. Valencia, 7 de junio de 2019, Sociedad, El país.

OTRAS FUENTES:

ALERTA DIGITAL, *Los presos no quieren salir de la cárcel ante la falta de trabajo y recursos para subsistir*. 2014.

APDHA, *El Constitucional sentencia que las personas absueltas por enfermedad mental deben internarse en n centro psiquiátrico y no en cárceles*. 2018. APDHA-Cárceles.

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA, *Una mesa redonda aborda la realidad de la salud mental en los centros penitenciarios*". 26 de febrero de 2018.

DIARIO FARMA, *La SEFH achaca muertes de presos por sobredosis de medicamentos a la falta de política rigurosa en Prisiones*. 2019. Diario Farma.

EL INDEPENDIENTE, *El personal de prisiones denuncia que han muerto siete presos por presunta sobredosis este puente*. 2019. El Independiente – Sociedad.

EL MUNDO, *Un preso se corta el cuello para no salir de la cárcel porque no tenía adónde ir*. 2019.

FUNDACIÓN ABOGACÍA ESPAÑOLA, *Los enfermos mentales en el sistema penitenciario. Un análisis jurídico*. 2013.

FUNDACIÓN MANANTIAL, *El 80% de los reclusos de centros penitenciarios españoles han sufrido un trastorno mental*. Europa Press, 2012, http://www.antoniocasella.eu/nume/Europapress_PRECA_22mar12.htm

GRUPO PRECA, *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*. Barcelona, 2011.

LA VANGUARDIA, *Un hombre encarcelado durante un año acusado de intentar matar a su mujer y que ahora ha sido exculpado se niega a salir de la prisión al entender que "le han destrozado la vida" y que, además, no tiene ningún lugar adonde ir*. 2006.

LA RAZÓN, *Psiquiatría entre barrotes*. 27 de noviembre de 2011.

MINISTERIO DEL INTERIOR, SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, *Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria*. 2011. Dirección General de Coordinación Territorial y medio abierto coordinación de sanidad.

MINISTERIO DEL INTERIOR, SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. 2009. Dirección General de Coordinación Territorial y medio abierto.

SECCIÓN SINDICAL ESTATAL DE CCOO EN INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS, *Informe salud mental en prisiones*. 1 de agosto de 2014, “Salud
mental en prisiones” <http://www.sae.fsc.ccoo.es/Documentos/Prisiones/Documentos>.